

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

326

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Jules GERMA

Né à Azille (Aude), le 18 mars 1865.

DU PHIMOSIS
SES CONSÉQUENCES, SON TRAITEMENT

Président : M. FARABEUF, professeur.

Juges : { MM.
POTAIN, professeur.
KIRMISSON, DEJERINE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

326

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 juillet 1892, à 1 heure

PAR

Jules GERMA

Né à Azille (Aude), le 18 mars 1865.

DU PHIMOSIS

SES CONSÉQUENCES, SON TRAITEMENT

Président : M. FARABEUF, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{POTAIN, professeur.} \\ \text{KIRMISSON, DEJERINE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFROY.
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUS
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REITTERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS.

A MES PARENTS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FARABEUF.

Membre de la Société de chirurgie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HORTELOUP.

Chirurgien de l'hôpital Necker.

A MES MAÎTRES.

INTRODUCTION.

Sur l'avis de M. le docteur Horteloup nous avons entrepris, pour thèse, un travail sur le phimosis. Ce n'est pas une grande question ; mais elle a son utilité pratique ; l'opération qu'elle réclame est assez délicate : c'est de la chirurgie nécessaire, car elle doit corriger une malformation et prévenir des accidents qui pourraient en être la conséquence. Cette opération est aussi intéressante, et beaucoup de chirurgiens n'ont pas dédaigné de s'en occuper. Les procédés opératoires employés sont très-nombreux : cette richesse de méthode ne sert qu'à mieux montrer les imperfections des résultats.

Ceux obtenus par cet habile chirurgien, à l'hôpital Necker, nous ont paru bons ; ce qui nous a engagé à adopter ce procédé.

Nous diviserons notre travail en 4 chapitres :

1° Définition ; et en même temps anatomie du prépuce ;

2° Nous décrirons ensuite les accidents qui sont quelquefois la conséquence du phimosis.

3° Nous passerons en revue les différents modes opératoires employés par les auteurs pour le traitement du phimosis.

4° En dernier lieu, nous décrirons le procédé que nous avons vu employer et que nous adoptons.

Que M. le docteur Horteloup veuille bien accepter l'expression de notre vive reconnaissance pour la manière toute bienveillante avec laquelle il nous a toujours accueilli et pour les bons conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous remercions aussi bien sincèrement Monsieur le professeur Farabœuf pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

DU PHIMOSIS

Ses conséquences, son traitement

CHAPITRE I.

Définition. Anatomie.

Le phimosis est une disposition vicieuse du prépuce dont l'ouverture est trop étroite pour permettre au gland de passer et de se découvrir. A l'état normal ce repli membraneux, placé à l'extrémité de la verge, varie dans sa longueur suivant les individus ; tantôt court, il ne forme qu'une couronne autour du gland ; tantôt au contraire il est long ; il le dépasse et le recouvre. Mais l'orifice qu'il présente en avant est dilatable, et peut franchir le gland ; c'est l'atrésie de l'orifice qui constitue la malformation. Assez souvent, à leur naissance, les enfants présentent cette étroitesse de l'orifice pré-

putial ; le phimosis est congénital. Quelquefois, sous l'influence des affections vénériennes, de la syphilis, du diabète, il se développe accidentellement, à la suite de l'inflammation déterminée par le produit morbide sur la muqueuse et sur le gland : c'est l'état aigu. Si l'irritation se répète souvent le phimosis devient chronique : le prépuce s'indure et s'hypertrophie.

Lorsque le gland est complètement masqué et refoulé en arrière de l'ouverture qu'il ne peut franchir, le prépuce forme une espèce de canal qui fait suite à l'urèthre, le phimosis est hypertrophique ; si, à travers l'ouverture, on distingue une partie du gland, si le prépuce le recouvre exactement sans le déborder, on a le phimosis atrophique de Vidal.

Voyons donc comment est constitué le prépuce ; sa structure est très-simple ; superficiellement, on trouve la peau qui est la continuation de celle de la verge ; en avant, au niveau de l'orifice, elle se réfléchit et se transforme insensiblement en muqueuse, comme cela se voit au niveau de tous les orifices naturels.

Cette muqueuse qui forme la couche profonde est en contact avec celle du gland ; en arrière, elle va se continuer avec elle, après avoir passé dans le sillon balano-préputial ; elle adhère fortement au niveau de ce sillon ; c'est là qu'on trouve l'ouverture des glandes de Tison. Il se produit quelquefois des érosions sur les surfaces en contact ; et à leur suite,

des adhérences qui empêchent les mouvements des muqueuses l'une sur l'autre. De l'adhérence de la muqueuse au niveau de la couronne du gland, il résulte qu'elle ne cède que très-peu aux tractions exercées sur elles, tandis que la peau se laisse facilement attirer en avant ; et dans l'opération, on est exposé à laisser trop de muqueuse.

C'est sur celle-ci, en arrière du point où elle se joint à la peau, que siège la coarctation. Verneuil, pour le prouver, disséquait circulairement la peau du prépuce, de manière à ne laisser que la muqueuse ; l'insufflation, au moyen d'un chalumeau, donnait à celle-ci l'aspect d'un sablier ; cet auteur a vu que dans le phimosis hypertrophique le rétrécissement était tubulaire ; il était au contraire étroit et linéaire dans l'autre variété.

Entre la peau et la muqueuse se trouve une couche de tissu cellulaire très lâche ; c'est elle qui permet le déplacement de l'une sur l'autre ; elle s'œdématisé, s'infiltré à la suite d'irritations des muqueuses, et le prépuce ne pouvant être retiré en arrière de la couronne du gland, il se produit un phimosis accidentel.

La gouttière balano-préputiale est interrompue en arrière par suite de l'adhérence d'un repli de la muqueuse au gland ; ce repli constitue le frein ou le filet qui peut être plus ou moins long. Lorsqu'il est trop court il produit une malformation ; car, pendant l'érection, l'extrémité du gland est attirée en bas ; sa face dorsale est tendue et aplatie ; pendant

le coït il se déchire souvent, déterminé de vives douleurs, et devient une véritable gêne. Il faut alors le sectionner : cette brièveté du frein accompagne assez souvent le phimosis hypertrophique.

CHAPITRE II

CONSÉQUENCES DU PHIMOSIS.

Des deux variétés signalées plus haut celle qui donne le plus souvent lieu à des accidents est le phimosis hypertrophique. L'étroitesse de l'orifice unie à l'élongation du prépuce laisse le gland constamment recouvert et toujours protégé contre tout contact ; il devient ainsi extrêmement sensible, en outre, les soins de propreté sont rendus difficiles.

Dans la cavité balano-préputiale s'accumule le sébum, sécrété par les glandes de la région ; l'urine peut y séjourner aussi, et ces matières se décomposant facilement sont une cause d'irritation de la muqueuse ; celle-ci se congestionne, devient le siège de démangeaisons qui obligent les sujets à porter les mains à la verge ; c'est ainsi que prennent naissance certaines habitudes de masturbation ; aussi, Richet a pu, en opérant le phimosis, guérir quelques enfants de ce vice.

Il peut arriver que le prépuce ne soit pas perforé, mais ordinairement, il existe une ouverture, parfois si petite qu'elle laisse à peine passer un stylet ; ou encore l'ouverture préputiale ne correspond pas au méat. Dans ces trois cas : absence d'orifice, orifice préputial d'un diamètre inférieur à celui du méat urinaire, défaut de parallélisme entre les deux ouvertures, les accidents sont les mêmes. L'urine ne peut s'écouler au dehors, ou s'écoule difficilement et goutte à goutte ; elle s'accumule dans l'espace compris entre le gland et le prépuce, le distend, forme une tumeur molle, globuleuse, fluctuante. Cette poche augmente de volume sous la pression du liquide chassé par la vessie. En arrière l'urèthre peut se distendre comme dans les cas de rétrécissements. On a vu après la circoncision le canal très dilaté, et le jet d'urine s'échapper perpendiculairement au méat.

D'autres fois, l'urine, séjournant ainsi, laisse déposer des calculs ; ils sont ordinairement petits, irréguliers, taillés à facettes. J. L. Petit en a vu de la grosseur d'un grain d'avoine dont une extrémité s'engageait dans l'orifice et interceptait le passage de l'urine.

Les accidents de cette nature sont assez rares ; mais une des conséquences les plus fréquentes du phimosis est la balanite. Elle naît spontanément sous l'influence des mêmes causes d'irritation. L'inflammation de la muqueuse du gland s'étend à tout le prépuce ; et cette balano-posthite en détermine la tuméfaction, surtout accusée au niveau de la base du

gland ; d'où une gêne de la circulation veineuse qui amène une infiltration séreuse du tissu conjonctif sous-cutané ; cette infiltration atteint son maximum au niveau le plus déclive de la verge, au niveau du limbe. Si l'irritation se continue, elle sera le point de départ de balanites à répétition ; l'œdème inflammatoire deviendra dur, le prépuce inextensible, comme une calotte de parchemin (Fournier). Cette induration est encore amenée par les tiraillements que le prépuce a à subir, il se forme alors des érosions au pourtour du limbe, et pour quelques auteurs ces causes ne seraient pas étrangères au développement du cancer de la verge, celui-ci débutant le plus souvent par le prépuce.

La balanite est quelquefois la cause d'éraillures des muqueuses en contact ; le gland et le prépuce peuvent alors contracter des adhérences ; sur ces ulcérations naissent des bourgeonnements qui se soudent entre eux ; les parois s'agglutinent ; puis apparaissent des membranes de nouvelle formation qui deviennent fibreuses, et les mouvements des muqueuses l'une sur l'autre sont impossibles. Ces adhérences accidentelles sont très-intimes ; aussi elles ne peuvent être détachées qu'avec un instrument tranchant, et leur section laisse après elles un tissu de cicatrices.

Bien différentes sont celles qu'on trouve chez les enfants : elles sont faciles à arracher avec un stylet ; leur origine n'est pas la même, car celles-ci dépendent d'un état fœtal. Lors de leur formation, le prépuce et le gland sont réunis ; le prépuce ne devien-

draît libre qu'à une époque indéterminée, soit avant, soit après la naissance; ces adhérences ne manquent presque jamais dans la première enfance; elles sont partielles et occupent le tiers postérieur du gland; leur résistance va en croissant à mesure qu'on s'approche de la couronne, où elle est à son maximum.

C'est là aussi que siègent les adhérences accidentelles; quellesqu'elles soient, elles doivent être rompues avant toute opération.

Quelques auteurs ont prétendu que chez les enfants, le phimosis congénital est la cause de hernies, de prolapsus du rectum, d'hydrocèle. L'obstacle qu'il apporte à l'émission de l'urine, les oblige, en effet, à faire des efforts; les parois abdominales se contractent pour aider la vessie à chasser l'urine. Le canal inguinal, qui vient de livrer passage au testicule, n'est pas encore revenu solidement sur lui-même, et les anneaux se laissent facilement distendre.

Plus tard, les individus atteints de phimosis sont plus aptes à contracter les maladies vénériennes; car les muqueuses plus sensibles se laissent déchirer au moindre contact; le gland ne pouvant être découvert, les soins de propreté sont difficiles; les produits morbides pénètrent sur la face interne du prépuce et l'infection se fait très facilement. De plus, l'élongation préputiale aggrave l'intensité et prolonge la durée de ces maladies.

Les démangeaisons, entretenues par les matières irritantes, peuvent, en excitant la muqueuse, provoquer des envies fréquentes et irrésistibles d'uriner,

d'où incontinence soit à l'état de veille, soit pendant le sommeil ; ces affections cessent très-bien après la circoncision.

Lorsque le phimosis apporte un obstacle à la facile émission de l'urine, les fibres musculaires de la vessie sont obligées de se contracter plus énergiquement pour chasser l'urine, elles s'hypertrophient, la vessie se distend : il peut en résulter de la paresse vésicale, comme dans un fait rapporté par Vidal.

Par suite de l'irritation constante du gland, les érections deviennent plus fréquentes ; les pertes séminales provoquées d'abord par cette cause, et encore par les habitudes de masturbation, deviennent plus tard involontaires ; puis arrivent les pollutions nocturnes, la spermatorrhée qui épuisent le malade, et l'impuissance.

On a remarqué chez les individus atteints de phimosis un arrêt de développement de la verge et des testicules ; le coït est chez eux très-douloureux par suite des tiraillements et de l'hyperesthésie de la muqueuse ; l'éjaculation incomplète, pénible, souvent accompagnée de douleurs périnéales.

Enfin, Fleury a appelé l'attention sur des troubles nerveux qui ont de l'analogie avec ceux qu'éprouvent les femmes atteintes d'affections utérines : gastralgie, palpitations, chloro-anémie, ces symptômes auraient disparu après la circoncision.

Nous avons vu la balanite être une des conséquences les plus fréquentes du phimosis congénital ; pour le

phimosis acquis, le processus est le même. Le pus blennorrhagique se déverse dans la cavité balano-préputiale, irrite et enflamme les muqueuses. Les chancres mous ou syphilitiques, en mettant incessamment en contact les produits morbides avec elles, déterminent aussi la balano-posthite. Chez les diabétiques, elle se développerait grâce à un champignon spécial, qui amènerait la décomposition de l'urine qui est acide.

Tous ces accidents inflammatoires peuvent avoir pour conséquence les phlegmons du fourreau, la gangrène de la verge. Dès qu'on a à redouter ces complications, il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer des débridements ; mais elles sont assez rares, et ordinairement l'inflammation cède en traitant l'état général ; en tout cas, à moins d'urgence, il faut attendre pour opérer qu'il y ait un état chronique.

Les adhérences sont ici assez fréquentes ; et les affections vénériennes sont la cause la plus ordinaire du paraphimosis. Sous leur influence, de même que lorsque le phimosis est congénital, le gland ne peut, dans certains cas, être mis à découvert même lorsque la verge est à l'état de flaccidité ; chez d'autres personnes, cet accident n'existe que lorsqu'il y a érection ; si, alors on exerce une certaine violence pour mettre le gland à nu, ou si le prépuce étant ramené en arrière, le gland devient turgescent, celui-ci s'oppose de plus en plus au retour du prépuce en avant ; ce paraphimosis est quelquefois difficile à réduire ; il peut passer à l'état chronique ; nous n'en dirons

pas plus long sur cette question, nous sortirions de notre sujet, et nous allons étudier les différents traitements du phimosis.

CHAPITRE III.

DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR LE TRAITEMENT DES PHIMOSIS.

Dès la plus haute antiquité, on s'est préoccupé, dans un but hygiénique, d'amputer la circonférence du prépuce : le premier fait connu date de deux mille ans avant notre ère. Tout le monde sait que la circoncision a surtout été en honneur chez les juifs : ce sont eux qui l'ont transmise aux peuples avec lesquels ils ont vécu.

Voici comment, d'après le docteur Tarneaud, procédaient les juifs algériens :

« Le rabbin exerce d'abord quelques frictions sur le pénis, afin d'exciter le gland et le rendre plus saillant ; il saisit le prépuce, et l'introduit dans la rainure d'un instrument analogue à la partie évasée et fendue d'une sonde cannelée ; et confie cet instrument à un aide ; d'une main, l'opérateur tend le prépuce, et de l'autre le sectionne. Il absterge

ensuite avec sa bouche le sang qui s'écoule de la plaie ; déchire de ses ongles la muqueuse préputiale jusqu'à la couronne du gland, et rabat les lambeaux sur les surfaces saignantes. »

Les juifs de Metz, d'après Lallemand, se servaient des doigts pour tendre le prépuce et refouler le gland en arrière ; la section était faite dans l'intervalle des parties tendues.

Mais la succion, la section de la muqueuse avec les ongles avaient de graves inconvénients ; transmission de la syphilis, inflammation : aussi en 1843, les médecins consultés par le consistoire s'élevèrent-ils contre ces manières d'agir.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ces procédés primitifs, et nous aborderons la description des principales opérations chirurgicales.

Un des plus anciens procédés est celui de *Lisfranc* : un aide attire le limbe préputial en avant ; avec une pince à anneau le chirurgien saisit le prépuce le plus près possible du gland, et sectionne au devant de la pince. Après la section, il reste une espèce de phimosis muqueux parce que la muqueuse se laisse moins facilement distendre que la peau : on la fend à la partie supérieure et on la renverse sur la plaie cutanée.

Vidal (de Cassis), employait plusieurs méthodes : Dans une première, il traçait d'abord sur la peau une ligne, parallèle à la couronne du gland, où il devait passer les suture ; avec une pince soulevant

le dos du prépuce, il traversait le pli ainsi fait avec une aiguille garnie d'un long fil ciré ; il répétait ainsi la même manœuvre tout le tour du prépuce, de manière à l'entourer de points distants les uns des autres de 5 millimètres, avec des anses regardant alternativement la peau et la muqueuse. Ils saisissait alors le prépuce avec une pince à pression continue appliquée dans la direction du méat ; le coupait entre la pince et les fils, coupait aussi les anses et nouait les extrémités libres des fils.

Sa seconde méthode consistait à faire retractor par un aide la peau de la verge vers le pubis ; lui-même tirait en avant le prépuce à l'aide de deux pinces à disséquer, l'une saisissait le limbe du côté du frein et était confiée à un aide ; l'autre était appliquée vis-à-vis sur le dos de la verge, et tenue de la main gauche : de la droite l'opérateur appliquait la pince à pression continue dont un mors était muni en dedans d'une pointe destinée à fixer les parties ; elle était appliquée obliquement, dans la même direction que la coupe naturelle du gland. On sectionnait au-dessus avec de forts ciseaux ; et on réunissait avec des serre-fines.

Procédé de Ricord. La verge étant dans sa position naturelle, on trace en avant de la base du gland une ligne circulaire et parallèle à sa couronne ; on introduit entre le gland et la prépuce une longue aiguille à pointe cachée par une boulette de cire ;

elle traverse au niveau de la ligne médiane et à 2 millimètres au devant de la ligne tracée toute l'épaisseur du prépuce ; on la laisse à demeure, et derrière elle on place longitudinalement une pince fenêtrée à mors dentelé que l'on confie à un aide ; les fenêtres correspondent à la ligne circulaire tracée, le gland est refoulé en arrière ; entre elles on place cinq ou six sutures ; puis on coupe le prépuce au moyen d'un bistouri qu'on fait glisser entre la pince et l'aiguille ; on lie ou on tord les artères qui saignent ; on coupe les anses des fils qui passent sur le gland et au-dessous ; on lie les chefs correspondants pour amener la muqueuse en contact avec la peau.

Dolbeau remplace les instruments spéciaux de *Ricord* et de *Vidal* par deux pinces à dents de souris qu'il introduit de chaque côté du gland, et avec lesquelles il saisit près de la couronne la peau et la muqueuse du prépuce qu'il attire en avant. En arrière de ces deux pinces, il applique la pince à pansement ordinaire et fait la section en avant de celle-ci.

Procédé de Panas. Il se sert d'une pince dont la branche inférieure est mousse ; la supérieure porte à son extrémité une petite pointe qui permet de traverser au même niveau la peau et la muqueuse ; il pousse la branche mousse jusqu'au cul-de-sac préputial, puis la retire de un centimètre ; il l'im-

plante dans le prépuce et la fixe au moyen d'une vis. Il se sert alors d'une pince à quatre tiges parallèles qui laissent dans leur intervalle deux rainures à jour perpendiculaires l'une sur l'autre. Il saisit le prépuce au point primitivement percé et le maintient entre les deux branches de la seconde pince dont la direction est oblique et parallèle à la couronne du gland, puis un bistouri passe comme une guilotine dans la rainure perpendiculaire à celle qu'occupe le prépuce, tranche d'un seul trait tous les tissus qu'il rencontre dans le trajet. On applique des serre-fines.

Bonnafont remplissait la cavité préputiale de charpie ou de ouate et coupait la peau à une hauteur fixée d'avance.

En 1849, *Corbin* proposa d'introduire dans cette cavité une tige d'où s'échappaient des crochets qui s'implantaient dans la muqueuse.

Procédé de Borelli. On introduit en dedans du prépuce jusque sur le gland une tige d'acier terminée par trois crochets à pointes aiguës et à direction oblique, un aide tire la peau en arrière, le chirurgien engage les pointes dans la muqueuse sans perforer la peau. La section se fait en avant du gland.

Chauvin se servait également d'un appareil analogue avec des crochets destinés à fixer la peau et la muqueuse au même niveau.

Procédé de Ridreau. Le prépuce est tendu jusqu'à ce qu'on ait mis à découvert le limbe au point où siège le rétrécissement. On introduit dans la cavité balano-préputiale une petite tige cylindro-conique sur laquelle on fait une incision circulaire de la peau à un millimètre du limbe; ce lambeau détaché, on enlève par une seconde incision circulaire autant de muqueuse qu'il faut pour donner libre jeu au gland.

Jusqu'ici les auteurs se préoccupaient de fixer et de couper la peau et la muqueuse au même niveau. Dans les procédés qui vont suivre, on fait d'abord une incision dorsale du fourreau de la verge et on sectionne les lambeaux.

En 1776, *Ravaton* introduisait à plat la lame mousse des ciseaux entre le prépuce et le gland, et coupait, il saisissait ensuite un des lambeaux, le réséquait tout autour de la couronne; parvenu au frein, il le détachait selon sa longueur, et continuait ainsi jusqu'à ce qu'il eût enlevé tout le prépuce.

Cusco employait une pince à anneaux dans lesquels il faisait passer le gland mis à nu; il étalait les lambeaux entre les mors de la pince et coupait tout ce qui dépassait leur circonférence extérieure.

Procédé de Duboué. Il fait une incision dorsale allant du limbe à la couronne; prend ensuite un fil ciré et long de cinquante centimètres qu'on arme de trois aiguilles; celles-ci sont placées une à cha-

quë extrémité, une au milieu ; on pique le prépuce de la surface muqueuse vers la surface cutanéë, à un millimètre du point où se termine l'incision dorsale ; on fait une seconde piqure sur le côté droit du frein ; la troisième aiguille est enfoncée dans le sillon balano-préputial à égale distance des deux autres ; on coupe l'anse que forme le fil ; on a ainsi deux fils formant deux courbes se regardant par leur convexité ; un aide tend ces fils pendant que le chirurgien résèque rapidement avec des ciseaux droits toute la moitié du prépuce, on agit de même à gauche.

Nous ne citerons que pour mémoire le procédé de Chassaignac, à l'aide de l'écraseur linéaire, ainsi que les instruments ou posthétomes qui servaient à réséquer d'un seul coup le prépuce.

Telles sont les différentes manières dont les auteurs ont pratiqué la circoncision ; mais on a appliqué à l'opération du phimosis d'autres procédés : ce sont l'incision, l'excision, la dilatation.

L'incision consiste à fendre le prépuce parallèlement à l'axe de l'urèthre pour mettre le gland à découvert.

J. L. Petit faisait l'incision sur le dos du prépuce : il le pinçait avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, introduisait à plat entre la face supérieure du gland et le prépuce un bistouri dont la pointe était garnie d'une boule de cire. Lorsqu'il était arrivé à la couronne du gland, il retirait la peau vers

le pubis, afin de mettre au niveau l'une de l'autre les deux lames du prépuce, et de les couper dans une étendue égale. Tournant le tranchant du bistouri en haut, il transperçait la base du prépuce, et l'incisait dans toute sa longueur ; si la muqueuse et la peau n'étaient pas coupées à la même hauteur, il régularisait la section.

Sédillot employait un procédé analogue ; mais il introduisait sous le prépuce une sonde cannelée qu'un aide maintenait appliquée contre le cul-de-sac de la muqueuse ; un bistouri, glissé dans la cannelure, incisait le prépuce d'avant en arrière.

Amussat se servait pour faire cette incision, d'un couteau galvanique.

En 1878, le Dr *Juddes Hue*, de Rouen, proposa de pratiquer lentement la section au moyen du caoutchouc. L'opération comprenait cinq temps : 1^o marquer à l'encre sur la partie supérieure et médiane du prépuce le point où devait émerger l'aiguille ; 2^o introduire jusqu'au point correspondant l'aiguille sous le prépuce, le transfixer ; 3^o saisir l'extrémité du fil de caoutchouc venue à la suite de l'aiguille sur la face cutanée du prépuce ; la retirer ; 4^o réunir en avant les deux extrémités du fil de caoutchouc en exerçant sur elles une légère traction ; 5^o fixer la tension de l'anse élastique ainsi pressée à l'aide d'une pince à pression continue qu'on remplace de suite par une ligature avec un fil ciré.

Quelques auteurs ont employé l'incision infé-

rière. Ce procédé remonte à Celse, qui divisait le prépuce depuis le limbe jusqu'au frein. Longtemps abandonné, il a été repris par *Cloquet* ; il incisait le prépuce sur une sonde cannelée glissée contre le frein, et sectionnait ensuite celui-ci d'un coup de couteau.

Astruc faisait plusieurs incisions latérales ; mais cette opération, pratiquée autrefois par *Dionis*, était réservée aux cas où des adhérences balano-préputiales gênaient l'introduction de la sonde cannelée.

Maisonneuve dilatait autant que possible l'orifice préputial et avec un bistouri boutonné faisait une incision de deux centimètres de longueur.

Langenbeck saisissait avec une pince le feuillet interne du prépuce, excisait la partie comprise entre les mors de la pince et répétait cette manœuvre jusqu'à ce qu'il fût parvenu à renverser le prépuce en arrière.

Par l'excision, on enlève une partie du prépuce, ordinairement en forme de V.

Richet saisissait le dos du prépuce entre les mors d'une pince à disséquer, le soulevait, et enlevait la partie comprise entre ces mors ; il réunissait ensuite la peau et la muqueuse.

Malgaigne faisait une incision en croissant : avec une pince il soulevait la partie dorsale du prépuce, et au moyen de ciseaux courbés sur le plat, retranchait un lambeau semi-lunaire sur le bord libre du prépuce.

Depuis quelques années, on a employé la dilatation, comme traitement du phimosis. *Thibault*, qui eût l'idée d'appliquer cette méthode, se servait d'une pince dilatatrice à deux branches, analogue au dilateur trachéal. Mais *Nélaton* en fit construire une à trois branches et pourvue d'un mécanisme à l'aide duquel on peut les écarter. Il passait un stylet dans la cavité préputiale pour l'explorer et s'assurer s'il n'y avait pas d'adhérences ; puis il introduisait la pince bien graissée ; et la faisait cheminer autour de la couronne du gland ; il en suivait les mouvements à travers la peau. Rapprochant les anneaux de la pince, les branches s'écartaient ; on éprouve dit-il, la sensation d'une résistance vaincue, qu'on peut comparer à celle qu'on sent dans l'opération de la fissure à l'anus par la dilatation. On retire la pince, et on peut immédiatement rabattre le prépuce derrière le gland ; il n'y a pas d'écoulement de sang ; mais sur la muqueuse existent quelques éraillures peu profondes. Comme pansement, on applique une épaisse couche de coldcream sur le prépuce, et on le ramène dans sa position normale.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération on découvre le gland, en retirant le prépuce en arrière, surtout au moment de la miction ; on répète cette manœuvre cinq à six fois par jour.

Verneuil traite aussi le phémosis par la dilatation ; mais il se sert d'une pince à pansement à deux mors. *De St-Germain*, qui est aussi partisan de cette mé-

thode, se sert du dilatateur à deux branches ;
mais il ne rompt les adhérences que lorsque la di-
latation est opérée : pour éviter qu'elles ne se refor-
ment, il met le gland à découvert et étend dessus
une couche de vaseline boriquée.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

C'est par les résultats obtenus qu'on juge de la valeur d'un procédé opératoire. Nous allons donc dire un mot sur ceux que donnent la dilatation, l'incision, l'excision, et nous terminerons en décrivant la méthode que nous adoptons.

La dilatation détermine sur la muqueuse des éraillures propres à reproduire le phimosis en amenant la rétraction de cette muqueuse. Elle laisse persister l'exubérance du prépuce, si bien qu'on est obligé plus tard de recourir à la circoncision. Cette méthode réussit mieux dans les cas de phimosis atrophique.

L'incision donne à la verge un aspect disgracieux ; il reste, après l'opération, deux lambeaux latéraux qu'on a comparé à des oreilles de chien ; les fonctions

de l'organe sont très gênées, et le sujet demande lui-même qu'on les lui résèque.

Les résultats fournis par l'excision laissent aussi à désirer : il persiste, à la face inférieure du prépuce, une infiltration très-tenace qui constitue dans la suite une tumeur en forme de massue.

La circoncision est, pour nous, la meilleure méthode à employer ; elle fournit de bons résultats. Mais à quel procédé donner la préférence ? Les auteurs se sont presque toujours préoccupés de fixer et de couper la peau et la muqueuse au même niveau. « Vouloir sectionner la muqueuse et la peau d'un seul coup de bistouri, dit M. le docteur Horteloup, est peu avantageux ; on laisse souvent trop de muqueuse, ce qui peut occasionner des récidives si on n'a pas soin de découvrir le gland pendant la cicatrisation ; mais alors on a l'inconvénient de voir se former derrière le gland un énorme bourrelet inflammatoire qui exige un temps assez long pour disparaître. »

Il sectionne donc la peau et la muqueuse en deux temps. Les résultats que nous avons vu obtenir par ce procédé nous engagent à l'adopter.

Le mode opératoire comprend 3 temps :

1^{er} temps. — Sectionner la peau : sans exercer de traction, on saisit la verge avec une pince sur le milieu du gland ; celui-ci glisse en arrière ; on sectionne la peau en avant de la pince. (fig. 1).

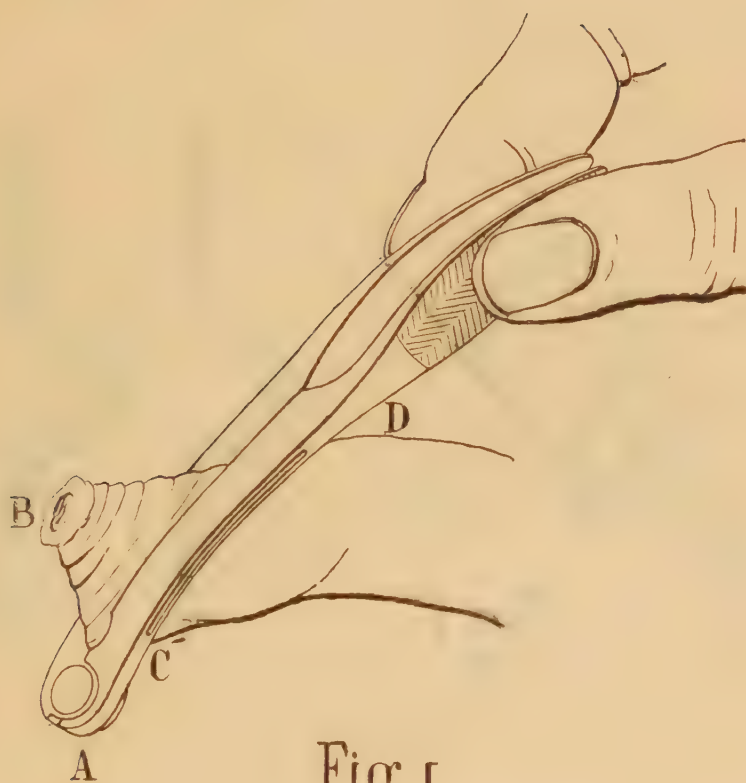


Fig. 1

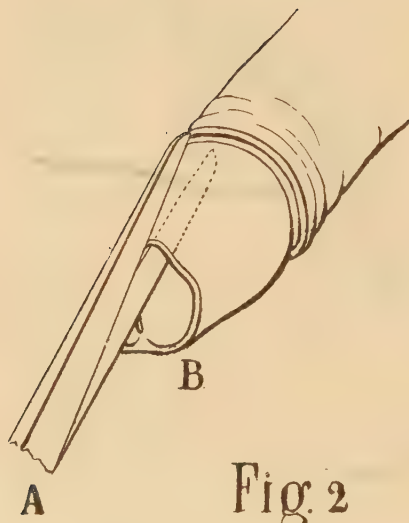
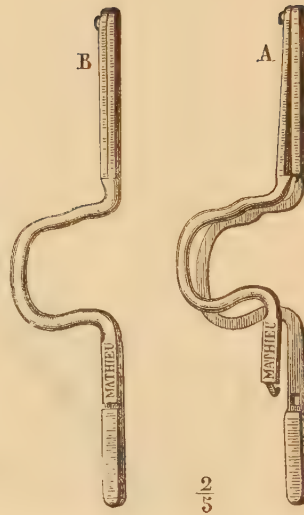
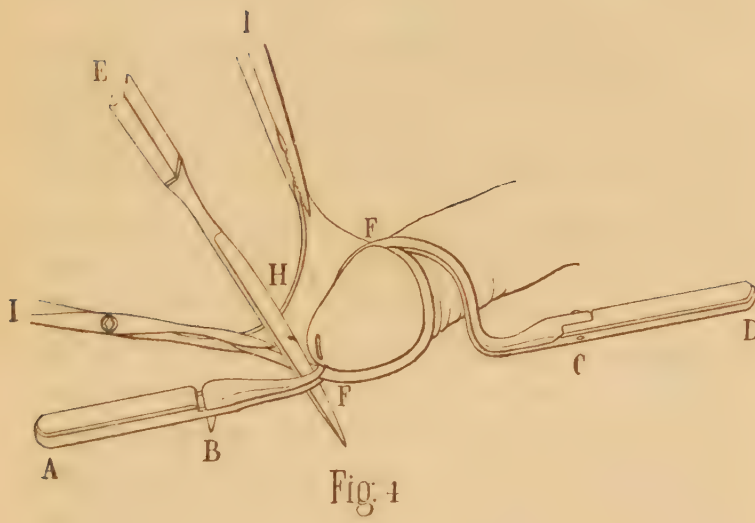


Fig. 2



$\frac{2}{5}$



2^e temps. — On rétracte la peau en arrière ; la muqueuse reste en place, appliquée sur le gland ; on introduit la lame mousse de ciseaux au-dessous d'elle sur la face dorsale du gland, et on fait une incision longitudinale.

3^e temps : résection de la muqueuse.

Pour opérer ce troisième temps, M. Horteloup a fait construire une pince spéciale qui permet de la sectionner avec une grande régularité.

Elle a un demi-centimètre d'épaisseur ; sa forme est celle d'un demi-cercle de la dimension du gland ; les extrémités en sont inclinées pour suivre la forme de la muqueuse au niveau du frein. On fait tendre avec deux pinces la portion de muqueuse à enlever ; on place la branche femelle A en dehors de la muqueuse ; la branche mâle vient se placer entre la muqueuse et le gland ; un petit ressort permet de fermer exactement la pince ; et d'un coup de bistouri, rasant la demi-circonférence externe, on résèque la muqueuse. On ouvre alors la pince, on la place de l'autre côté, et on coupe également. On applique ensuite des serre-fines qui mettent en contact la peau de la muqueuse ; la cicatrisation se fait en quatre ou cinq jours.

Telle est la méthode que M. le docteur Horteloup a proposé en 1878 à la Société de Chirurgie, les suites de l'opération ont toujours été satisfaisantes.

Nous ne croyons pas devoir terminer par des observations qui seraient sans intérêt et allongeraient

inutilement notre travail ; nous aimons mieux donner des dessins qui feront comprendre le mode opératoire.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. Il y a deux variétés de phimosis : l'un hypertrophique, avec un prépuce trop long ; l'autre atrophique, dont le prépuce recouvre exactement le gland sans le déborder ; dans les deux cas l'orifice préputial ne permet pas de découvrir le gland.

II. C'est dans la muqueuse qui siège la coarctation ; en outre, elle est très-adhérente au niveau du sillon balano-préputial, elle se laisse moins facilement distendre que la peau ; et dans l'opération, on est exposé à couper trop de peau, pas assez de muqueuse.

III. Le phimosis peut occasionner des accidents locaux ; obstacle à l'émission de l'urine, difficulté des soins de propreté, balanite aiguë ou chronique, adhérences, paraphimosis, ou des accidents fonctionnels ; aptitude à contracter les maladies vénériennes, troubles du côté de la vessie, des organes génitaux et peut-être du système nerveux.

IV. Les procédés employés pour le traitement du phimosis sont nombreux ; on peut les ramener à 4 types : circoncision, incision, excision, dilatation.

V. La dilatation doit être réservée pour les cas de phimosis atrophique ; l'incision et l'excision donnent des résultats défectueux. La circoncision est le procédé de choix.

VI. Parmi les procédés de circoncision, nous donnons la préférence à celui de M. Horteloup ; il consiste à couper la peau et la muqueuse en deux temps.

VU :

Le président de la thèse,

FARABEUF.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : articles : prépuce, phimosis, circoncision.

Ricord. — Bull. gén. de Thérap., 1840, page 282.

Bouteiller. — Gazette des hôpitaux, 1847, page 67.

Panas. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1867-1868.

Surmay. — Bull. de la Soc. de Chir., 1882, p. 213-247.

Horteloup. — Bull. de la Soc. de Chir., 1878, Séance de 16 oct. 1878.

Duboué. — Bull. de la Soc. de Chir., 1870, t. X. p. 426.

De Saint-Germain. — Revue mensuelle des maladies de l'Enfance, 1883, page 155-165.

Mallez. — Courrier médical, 1881, pages 399, 410, 422, 427, et 1882, page 4.

Thèses de Paris : Normand, 1876. Laylavoix, 1881.

